

Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541

Filiaal Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755

Filiaal Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)0354356

Filiaal Nickerie: Landingsstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)0231537

DECLARATIEFORMULIER FATUM WERELD REISPOLIS

BELANGRIJK

- Gebruik voor iedere verzekerde een apart declaratieformulier.
- Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan zelf de benodigde toelichting toe.
- Formulieren die niet volledig zijn ingevuld, of niet zijn ondertekend, nemen wij niet in behandeling.
- Stuur het declaratieformulier met de originele nota's, **nadat het eigen risico overschreden is**, binnen één maand op.
- De FATUM WERELD REISPOLIS is gebaseerd op het **declaratieprincipe**. Dit betekent dat de **verzekerde zelf verantwoordelijk is voor de betaling van de kosten tot een bedrag van €250,-**. Na betaling kunnen de nota's bij ons gedeclareerd worden. Eventuele administratie- en/of incassokosten worden niet vergoed.

- Stuur uitsluitend originele nota's op. Duplicaat-, kopie- en/of herinneringsnota's alsmede betaalbewijzen, enz. nemen wij niet in behandeling.
- Nota's dienen voorzien te zijn van:
 - Naam en voorn(a)am(en) en geboortedatum van de patiënt(e).
 - Behandeldatum en notadatum (data in de christelijke jaartelling).
 - Notabedrag en valuta.

Bovenstaande gegevens moeten in een voor ons begrijpelijke taal (bijv. Engels) op de nota zijn opgenomen.

Let op! Medische verklaringen, verwijfsbriefjes, recepten en overige bewijsstukken dienen bij de nota's gevoegd te worden.

- **Wij adviseren u voor uw eigen administratie kopieën te maken van dit formulier en van de bijgevoegde nota's. Originele stukken worden niet getourneerd.**

Polisnummer:

VERZEKERINGNEMER

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: M V
 Adres : Telefoonnummer:
 Emailadres : Fax:

VERZEKERDE OP WIE DEZE DECLARATIE BETREKKING HEEFT

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: M V
 Geboortedatum : Telefoonnummer:

VERGOEDINGEN KUNNEN WORDEN OVERGEMAAKT OP

Bankrekeningnummer en bij welke bank:
 Naam en woonplaats van de rekeninghouder:
 Bij betalingen naar een buitenlands bankrekeningnummer tevens invullen:
 Naam en vestigingsplaats van de bank:
 Swiftcode van de bank/IBAN code:

SPECIFICATIE GEDECLAREERDE NOTA'S

	Naam zorgverlener	Behandeldatum	Valuta	Bedrag	Ongeval
1.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Andere zijde ook invullen a.u.b.

TOELICHTING

(door verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger te beantwoorden)

- 1. Voor welke klachten is verzekerde behandeld?
- 2. Op welke datum begonnen de klachten?
- 3. Op welke datum werd hiervoor voor het eerst een arts geconsulteerd?
- 4. Consulteerde verzekerde hiervoor nog andere artsen?
- 5. Was verzekerde hiervoor al eerder onder behandeling?
- 6. Is verzekerde in een ziekenhuis opgenomen (verblijf langer dan 24 uur)
- 7. Is de kwaal / klacht het gevolg van:
 - a. sportbeoefening?
 - b. uitoefening van werk?
 - c. ongeval?
 Beschrijving bij a, b of c:
- 8. Wanneer verbleef verzekerde in het buitenland?
- 9. a. Is verzekerde nog elders tegen ziektekosten verzekerd?

 b. Kan op grond van deze elders lopende verzekering aanspraak op vergoeding worden gemaakt?
- 10. Zijn er in verband met bovenstaande klachten nog meer kosten te verwachten? (bijv. Omdat nog niet alle nota's ontvangen zijn of omdat verzekerde nog onder behandeling is)

Polisnummer:

- 1.
- 2.
- 3.
 - Naam + adres arts:
 - Ja Nee, datum:
 - Naam + adres arts:
 - Ja Nee, datum:
 - Toelichting:
 - Ja Nee
- 7.
 - Ja Nee geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis
 - Ja Nee geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis
 - Ja Nee geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis
 -
 -
- 8. van: t/m
- 9. Ja Nee anders:
 - Maatschappij:
 - Polisnummer:
 - Verzekerde periode: van t/m
 - Ja Nee, Toelichting:
 -
 -
- 10. Ja Nee, Toelichting:
-
-

Verzekerde (naam), geboren..... verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen en ermee bekend te zijn dat bij onjuiste/onvolledige/onware opgave elk recht op uitkering vervalt;
- toestemming te geven aan de medisch adviseur(s) van FATUM Schadeverzekering N.V., of aan de medisch adviseur(s) van een door FATUM Schadeverzekering N.V. in te schakelen organisatie, om, indien deze na het beoordelen van de antwoorden op de gestelde vragen nog onvoldoende informatie heeft om tot een advies te komen, de van belang zijnde medische gegevens op te vragen bij de door u genoemde arts(en) in verband met hetgeen waarvoor u behandeld bent en waarvan u hierbij de kosten declareert;
- ermee bekend te zijn dat dit declaratieformulier en de eventueel nog nader te overleggen gegevens dienen om de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen. Dit geldt ook voor de machtiging die tot maximaal één jaar na ondertekening van dit formulier geldig is;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Handtekening:

De verzekerde dient zelf te ondertekenen, tenzij hij/zij nog geen 21 jaar oud is, onder curatele is gesteld of ten behoeve van hem/haar een mentorschap is ingesteld. In dat geval tekent de wettelijke vertegenwoordiger.

Datum: Plaats:

Naam wettelijke vertegenwoordiger:

Relatie tot verzekerde (maak keuze): vader/moeder voogd mentor